

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1939

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**René-Louis GONTHIER**

Né le 22 Mai 1913, à JEU-MALOCHE (Indre)

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours

---

**CANCER DU CÔLON TRANSVERSE**  
**EXÉRÈSE**  
**ACCOMPAGNÉE DE CURAGE GANGLIONNAIRE**

---

*Président : M. GOSSET, professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939



ANNEE 1939  
—

# THÈSE

N° .....  
—

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**René-Louis GONTHIER**

Né le 22 Mai 1913, à JEU-MALOCES (Indre)

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours

---

## CANCER DU CÔLON TRANSVERSE

### EXÉRÈSE

### ACCOMPAGNÉE DE CURAGE GANGLIONNAIRE

---

*Président : M. GOSSET, professeur*

---

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie .....  
 Physiologie .....  
 Physique médicale .....  
 Chimie médicale .....  
 Bactériologie .....  
 Parasitologie et histoire naturelle médicale .....  
 Pathologie médicale et générale .....  
 Pathologie médicale .....  
 Pathologie chirurgicale .....  
 Anatomie pathologique .....  
 Histologie .....  
 Pharmacologie et matière médicale .....  
 Thérapeutique .....  
 Hygiène et médecine préventive .....  
 Médecine légale .....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie .....

Pathologie expérimentale et comparée .....  
 Hydrologie thérapeutique et climatologie .....

Clinique médicale .....

Hygiène et clinique de la première enfance .....  
 Clinique des maladies des enfants .....  
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....  
 Clinique des maladies du système nerveux .....  
 Clinique des maladies infectieuses .....

Clinique chirurgicale .....

Clinique ophtalmologique .....  
 Clinique urologique .....

Clinique d'accouchements .....

Clinique gynécologique .....  
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....  
 Clinique thérapeutique médicale .....  
 Clinique oto-rhino-laryngologique .....  
 Clinique thérapeutique chirurgicale .....  
 Clinique propédeutique .....  
 Clinique de la Tuberculose .....  
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....  
 Clinique de neuro-chirurgie .....  
 Clinique cardiologie .....  
 Assistance médico-sociale .....

Professeurs sans chaire .....

MM.  
 ROUVIERE.  
 LÉON BINET.  
 STROHL.  
 POLONOVSKI.  
 Robert DEBRE.  
 BRUMPT.  
 BAUDOUIN.  
 ABRAMI.  
 MONDOR.  
 LEROUX.  
 CHAMPY.  
 TIFFENEAU.  
 HARVIER.  
 TANON.  
 BALTHAZARD.  
 LAIGNEL-  
 LAVASTINE  
 FIESSINGER.  
 CHIRAY.  
 LOEPER.  
 CARNOT.  
 Marcel LABBE.  
 CLERC.  
 LEREBoullet  
 NOBECOURT.  
 H. CLAUDE.  
 GOUGEROT.  
 GUILLAIN.  
 LEMIERRE.  
 CUNEO.  
 GOSSET.  
 GREGOIRE.  
 LENORMANT.  
 TERRIEN.  
 CHEVASSU.  
 LEVY-SOLAL.  
 COUVELAIRE.  
 JEANNIN.  
 MOCQUOT.  
 OMBREDANNE.  
 RATHERY.  
 LEMAITRE.  
 Pierre DUVAL.  
 VILLARET.  
 TROISIER .....  
 MATHIEU.  
 Clovis VINCENT.  
 LAUBRY.  
 N...  
 HAZARD.  
 HOVELACQUE  
 MULON.  
 OLIVIER.  
 SANNIE.  
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.  
 AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 ENARD Henri ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD El. .... Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.). .... Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique  
 FUNCK-  
 BENTANO ..... Pathologie chirurgicale.  
 FEY ..... Urologie.  
 GAILLARD ..... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.

MM.  
 DE GAUDART  
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES ... Pathologie médicale.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU .... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie  
 HUGUENIN ..... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE Guy. .... Pathologie médicale  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.

LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 LEVY (M<sup>re</sup> J.) ..... Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET .... Pathologie médicale.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PETIT-  
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.  
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SENEQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-  
 BERT Physiologie.  
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.  
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale  
 NEVEU-  
 LEMAIRE.. Parasitologie.  
 LE LORIER ... Obstétrique.  
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

### IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

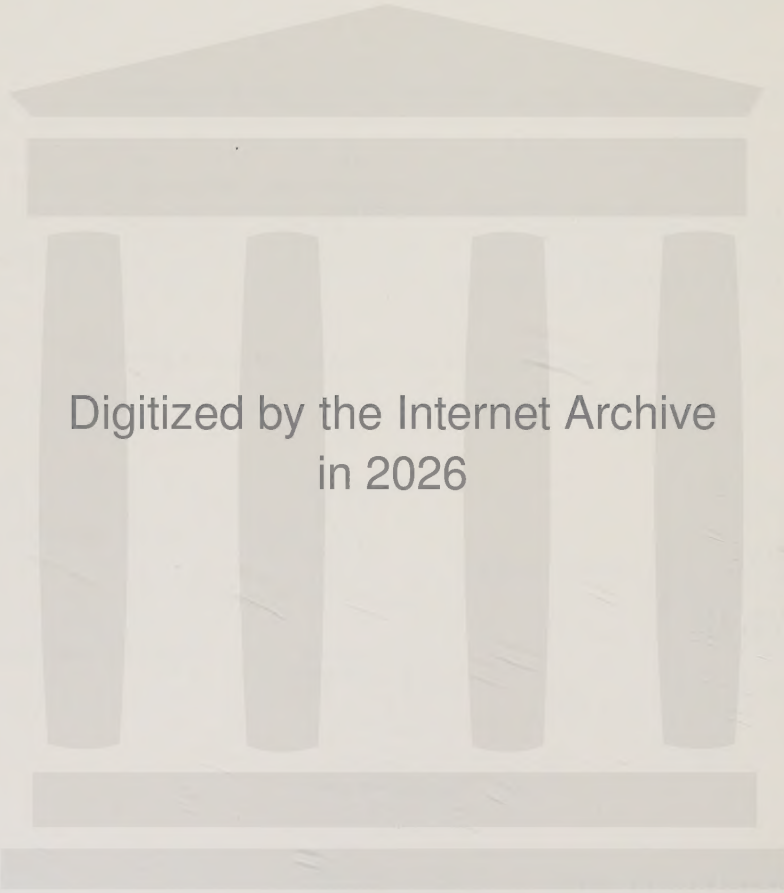
MM.  
 ALAJOUANINE..  
 AUBERTIN ....  
 BRULE .....  
 CPABROL ....  
 DONZELOT ...  
 DUVOIR .....  
 LIAN .....  
 PASTEUR- VAL-  
 LERY-RADOT..  
 SEZARY .....  
 } Clinique médicale.

MM.  
 BASSET .....  
 BROCO .....  
 CADENAT ....  
 GATELLIER ...  
 MOURE .....  
 QUENU .....  
 VELTER .....  
 } Clinique chirurgicale  
 ECALLE .....  
 METZGER .....  
 } Clinique obstétricale

### V. — Chargés de cours

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.  
 LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.  
 RUPPE ..... Stomatologie.  
 WEILL-HALLE ..... Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tombé devant l'ennemi le 28 avril 1916

A LA MEMOIRE DE MON FRERE EDILBERT

A LA MEMOIRE DE MA SCEUR SUZANNE

## A MA MERE

*Qui s'est imposée tant de sacrifices pour  
faire de moi ce que je suis.*

*Qu'elle trouve ici le témoignage de ma  
reconnaissance et de mon amour filial.*

## A MA FEMME

*Dont la tendresse m'a tant aidé.*

## A MON FILS CHERI

## A MA SŒUR

## A MES PARENTS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Grand Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre respectueuse  
admiration.*

A Monsieur le Docteur René MASSACRÉ

Maire de Selles-sur-Cher

*Qui, depuis le début de mes études n'a cessé de me prodiguer son appui et ses conseils paternels et éclairés.*

*Je tiens à lui exprimer ici tous mes remerciements et ma respectueuse affection.*

*Je n'oublierai jamais tout ce qu'il a fait pour moi.*

A Monsieur le Docteur GIRARDEAU

Président

▲ L'OFFICE DES PUPILLES DE LA NATION DE LOIR-ET-CHER

*Qui m'ont apporté une aide si précieuse.  
Qu'ils aient l'assurance de ma très profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Médecin Commandant ROCHE

Médecin chef au 404<sup>e</sup> R. A. de D. C. A., à Tours

*En témoignage de mon affection et de ma très grande admiration.*

A Monsieur le Docteur Pierre VIALLE

Chirurgien chef de l'Asile de Clocheville  
Chirurgien adjoint de l'Hôpital  
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

*Qui nous a inspiré ce travail et aidé de  
ses conseils précieux.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de  
notre plus vive gratitude et de notre af-  
fectueux attachement.*

A Monsieur le Professeur GUILLAUME Louis

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours  
Chirurgien chef de l'Hôpital Bretonneau  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre respectueuse  
reconnaissance pour sa bienveillance à  
notre égard.*

## A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS

A Monsieur le Professeur CHEVÉ

Professeur de médecine légale  
Chirurgien chef de l'Hôpital Bretonneau

A Monsieur le Professeur FAIX

Accoucheur en chef de la Maternité  
Professeur de clinique obstétricale

A Monsieur le Professeur GAUDEAU

Professeur de Pathologie médicale  
Médecin chef à l'Hôpital Bretonneau

A Monsieur le Professeur BONNIN

Professeur d'Histologie  
Médecin chef du Sanatorium Le Jouteux

A Monsieur le Professeur A. VIALLE

A Monsieur le Professeur DENOYELLE

A Monsieur le Professeur DESBUQUOIS

A Monsieur le Docteur FROMENTY

A Monsieur le Docteur LECCIA

A Monsieur le Docteur MAGNAN

## INTRODUCTION

« Sous quelque aspect qu'on les envisage, les résultats sont toujours déplorables ». Telle est l'opinion défavorable émise par Okinczyc, au Congrès de Chirurgie de 1922, au sujet des cancers du côlon transverse. Körte, au Congrès international de Londres signalait également, pour le transverse, une mortalité de 66 % qui s'opposait à une mortalité de 13,3 à droite et 10 à gauche.

D'autre part, à la Société Nationale de Chirurgie, un certain nombre de praticiens ont signalé les résultats médiocres obtenus à distance dans le traitement des cancers du côlon transverse.

Partant d'un grand nombre de cas rapportés dans la thèse de P. Bertrand (Lyon 1925), nous avons pu, avec A. Richard, nous faire une opinion sensiblement différente de celle résultant des communications du Congrès de 1922. En effet, la mortalité opératoire n'est que de 27,3 %, pendant que les guérisons, avant 3 ans, atteignent 40,6 % et qu'elles demeurent à 21,8 % après 3 ans. Les récives n'ont été observées que dans 10,1 %.

Différentes méthodes avaient été mises en pratique, dont nous ferons plus tard l'exposé et la critique.

André Richard, partant de ces données, et voulant réduire au minimum les cas de récidives s'est efforcé d'établir une technique rationnelle de l'ablation du côlon transverse avec partie ou totalité de ses pédicules lympho-ganglionnaires.

Mais nous n'avons trouvé nulle part de publication montrant qu'il ait tenté lui-même, sur le vivant, cette technique. Le docteur Pierre Vialle, tout en apportant quelques modifications, comme nous le verrons, l'a mise en pratique dans 4 cas. Il a bien voulu nous confier ces 4 observations. C'est lui qui a dirigé nos travaux, nos recherches. Qu'il trouve ici l'assurance que nous lui en serons toujours très reconnaissant et l'expression de notre respectueuse et sincère affection.

Pour réaliser cet ouvrage nous avons particulièrement mis à contribution : la thèse de Pierre Bertrand (Lyon 1925) dans laquelle nous avons puisé la plus grande partie des chiffres que nous donnons.

Les travaux de André Richard publiés dans le *Journal de Chirurgie* 1926 et les *Annales d'Anatomie pathologique* 1926.

Et l'étude clinique et thérapeutique parue dans la *Gazette des Hôpitaux* 1938 sous la signature de B.-Y. Yovanovitch.

Nous tenons à leur dire combien leurs documents ont facilité notre tâche.

Nous rappellerons brièvement l'Historique de la question, passerons rapidement sur les généralités, l'étiologie et l'histo-pathologie pour nous arrêter un

peu plus longuement sur le rappel anatomique nécessaire pour bien comprendre les signes cliniques et les méthodes opératoires dont nous ferons la critique après les avoir étudiées dans leurs généralités. C'est alors seulement que nous proposerons l'Opération de Richard, sa mise au point par le Docteur Pierre Vialle, nos observations et les conclusions que nous en tirons.



## HISTORIQUE

Les classiques n'ont fait que peu de place au cancer du côlon transverse. On a voulu étudier le néoplasme du gros intestin dans son ensemble. Pourtant dès 1901, Quénu affirmait : « La thérapeutique du gros intestin ne gagne pas à être étudiée en bloc. Il convient de l'étudier par segments ».

Dès lors apparut une division plus schématique du gros intestin en deux segments : le côlon droit et le côlon gauche. C'est ainsi que Jaboulay, Cavaillon et plus tard Perrin montrèrent toutes les différences cliniques et thérapeutiques qui séparent le cancer de la portion droite de celui de la portion gauche.

Enfin, on admettait d'individualiser un troisième segment, le côlon transverse ou moyen, où le cancer, cliniquement très spécial, exige une thérapeutique particulière. Pierre Descomps le délimitait d'une façon précise :

« Si l'on se base sur les données embryologiques, la  
« portion droite du côlon transverse appartient à  
« l'angle colique droit et il faut réserver le nom de  
« côlon transverse à l'anse gastro-colique mobile.  
« L'angle gauche se rattache nettement au côlon  
« descendant dont il n'est en somme que l'extrémité  
« supérieure ».

En 1922, Okinczyc et Abadie rapportèrent au Congrès de chirurgie. Il faut également signaler les communications faites à la Société Nationale de Chirurgie par Lenormant, Okinczyc, Schwartz, P. Duval.

La thèse de P. Bertrand (Lyon 1925) est le premier travail d'ensemble.

Puis ce furent les travaux de A. Richard (*Journal de Chirurgie* 1926, et *Annales d'Anatomie Pathologique*, juin 1926) et Lorrin (*Journal de Chirurgie*, 1927).

Et tout dernièrement, dans la *Gazette des Hôpitaux* des 16 et 23 avril 1938, B. Y. Yovanovitch publie une étude clinique et thérapeutique basée sur 46 cas de cancers du côlon transverse, observés et traités à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, dirigée par M. le Professeur Gosset.

## GENERALITES

Le cancer du côlon transverse serait relativement rare, si l'on en croit Raiford, car il ne forme que 7,3 % de tous les cancers du côlon.

Mais en réalité, sa fréquence est beaucoup plus grande. Les 809 cas réunis par Bertrand, d'après les statistiques réunies de De Bovis, Waldenstrom, Petermann, Clogg, Ansimoff, Vuichoud, Miller, Engelsmann, Denk, se répartissent de la façon suivante :

Cæcum et côlon descendant 27,3.

Côlon descendant et sigmoïde 30,3.

Côlon transverse (angles y compris) 23,3.

Récemment Jean Quénu note pour 50 cas de cancers coliques : côlon droit 11; côlon gauche 29; côlon transverse 11.

A la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière, le « cancer du transverse a été aussi fréquent que celui du côlon droit et trois fois plus rare que le « cancer du côlon sigmoïde » (Yovanovitch).

Donc les tumeurs du côlon moyen ne sont pas des raretés. Et si l'on observe la fréquence des publications à ce sujet on peut conclure qu'elles ne sont plus exceptionnelles, depuis que l'emploi de la radio s'est systématisé et que les interventions chirurgicales sont plus fréquemment pratiquées.

## ETIOLOGIE

Pas plus que pour les autres tumeurs, nos connaissances actuelles ne nous permettent de préciser les causes qui paraissent favoriser le développement des cancers du côlon transverse.

### **Sexe.**

Le sexe paraît n'avoir aucune influence. P. Bertrand qui a recueilli 171 observations note 87 hommes pour 84 femmes.

### **Age.**

La notion d'âge selon le même auteur paraît avoir une toute autre importance. Aux âges extrêmes de la vie le cancer du côlon transverse est rare. Par contre entre 40 et 60 ans se trouve l'âge moyen avec une plus grande fréquence entre 50 et 60 ans.

Nos malades avaient au moment de leur intervention 45, 55, 57 et 60 ans.

### **Hérédité.**

On ne peut accorder à l'hérédité un rôle de premier plan. Pourtant P. Bull, d'Oslo, signale le cas de

deux frères atteints l'un et l'autre d'un cancer du côlon transverse et, qui plus est, d'un cancer d'estomac, histologiquement différent du premier. En faisant des recherches sur la famille, il a appris qu'un oncle maternel est mort d'un cancer du côlon, qu'une sœur est également morte d'un cancer « dans le ventre » et un frère de cancer du foie.

## **HISTO-PATHOLOGIE**

### **Etude macroscopique**

La majeure partie des tumeurs se présentent sous forme d'un anneau constricteur et provoquent une occlusion complète.

On trouve deux formes macroscopiques de cancer :

le cancer squirrheux annulaire en ficelle,

le cancer encéphaloïde de beaucoup le plus rare.

La muqueuse ulcérée présente des bourgeons néoplasiques friables et saignants.

La musculature disparaît au niveau du cancer.

La séreuse a perdu son aspect lisse et brillant.

### **Etude microscopique**

Histologiquement, il s'agit le plus souvent d'adénocarcinome ou épithélioma cylindrique, avec dégénérescence mucoïde secondaire, ce qui explique leur tendance à l'envahissement de proche en proche (Rai-ford).

A côté de ce type on trouve l'épithélioma atypique.

A. — EPITHÉLIOMA CYLINDRIQUE.

Les cellules gardent d'une façon plus ou moins parfaite leur aspect de cellules intestinales soit de revêtement soit glandulaires.

Mais les éléments s'ordonnent en proportions différentes :

- 1° Si ce sont les cellules de revêtement qui pri-  
ment c'est l'épithélioma papillomateux (très  
rare).
- 2° Si au contraire, comme c'est le cas le plus fré-  
quent, on trouve en majorité des cellules sé-  
crétrices, on a l'épithélioma tubuleux.
- 3° Si la sécrétion est exagérée, les cavités se dila-  
tent, on a l'épithélioma acineux.
- 4° A un degré de plus, les cellules baignent dans  
cette sécrétion et c'est l'épithélioma colloïde.

Il y a toujours une prédominance d'une des varié-  
tés précédentes, mais il est très fréquent de rencon-  
trer, associées dans la même tumeur, ces diverses  
variétés.

B. — EPITHÉLIOMA ATYPIQUE.

Les cellules ont perdu complètement tous leurs  
caractères particuliers propres. Et ce n'est souvent  
que la présence des tissus voisins qui permet de faire  
le diagnostic d'origine de la tumeur.

## **RAPPEL ANATOMIQUE**

La thérapeutique particulière qu'il convient d'appliquer aux cancers du côlon transverse et leur symptomatologie ne sauraient être compris sans une étude particulière et des rapports particuliers de cet organe et de sa vascularisation et de ses lymphatiques.

### **A. — Rapports anatomiques**

L'anatomie normale nous montre que, contrairement au côlon ascendant et surtout au côlon descendant, qui sont fixés en arrière au péritoine pariétal postérieur et ne possèdent normalement aucune mobilité, le côlon transverse, et principalement dans sa partie moyenne, est libre, flottant dans la cavité péritonéale, pourvu d'un long mésocôlon.

C'est pour cette raison que Buy définit le côlon transverse « sorte d'organe protégée qui peut occuper tous les points de la cavité abdominale ». Ceci n'est exact d'ailleurs que pour l'arc du côlon transverse car, au contraire, ses extrémités sont solidement fixées en particulier l'angle gauche qui, plus haut que le droit, répond en général en avant au 8<sup>e</sup> espace intercostal et en arrière à la 10<sup>e</sup> côte.

Le côlon transverse est composé de deux portions que Gérard décrit de façon très précise :

1° L'une droite, formée de deux segments :

a) Un coude qui fait suite au côlon ascendant et qui répond au foie et à la vésicule biliaire;

b) Un segment qui croise la face antérieure de la 2<sup>e</sup> portion du duodénum.

Cette première portion a un méso très court.

2° L'autre portion, gauche, qui comprend trois segments :

a) Un segment qui répond à la grande courbure de l'estomac auquel il est relié par le ligament gastro-colique.

b) Un segment sous-costal gauche.

c) Un segment en rapport avec la rate.

Cette portion possède un long méso.

Chez l'adulte, comme l'a décrit Ménégaux, le mésocôlon se compose de plusieurs lames péritonéales superposées et intimement unies. A sa face inférieure c'est le méso proprement dit du côlon, c'est-à-dire la formation qui porte ses vaisseaux. A sa face supérieure c'est le feuillet postérieur de la bourse épiploïque qui, au cours du développement, s'est abaissée au-dessous de l'estomac et s'est secondairement accolée. C'est ce feuillet qui vient, plus bas, former la lame postérieure du grand épiploon.

Le côlon transverse a une longueur qui varie entre 38 et 87 centimètres. Or la distance moyenne entre l'angle colique droit et l'angle colique gauche est de 30 centimètres. Ces chiffres expliquent les formes

plus ou moins compliquées que prend le côlon transverse que nous pouvons, selon Gérard, schématiser :

côlon en arc à sommet ombilical,

côlon en U à sommet pelvien,

côlon en V avec une branche droite accolée au côlon droit,

côlon en S vertical,

côlon en S horizontal,

côlon en W.

Si succincte que soit cette description, elle met en relief les difficultés du diagnostic d'une tumeur siégeant sur le transverse. Seule la radio, qui permet de suivre les trajets parfois anormaux du côlon, vient au secours du praticien. Dès à présent nous avons un aperçu des services qu'elle va nous rendre.

« Enfin il est une formation spéciale au côlon transverse qui complique les rapports anatomiques, les manœuvres de libération et de suture de ce segment du gros intestin : c'est le grand épiploon. Celui-ci fixé, par sa lame réfléchie, à la grande courbure de l'estomac, s'écartant par sa lame droite de la paroi postérieure au bord inférieur du pancréas pour suivre la face supérieure du mésocôlon transverse, vient retomber au devant du côlon transverse ». (A. Richard).

Sa lame directe, elle, adhère à la face supérieure du mésocôlon transverse puis au tiers supérieur de la circonférence colique. Les deux lames de l'épiploon viennent se fusionner au-dessus du transverse pour former le tablier épiploïque.

## B. — Vascularisation

Les dispositions vasculaires sont éminemment variables. Le type schématique moyen comporte une arcade ou arcade de Riolan formée :

- 1° par une artère colique droite, dite colica media, née devant la 3<sup>e</sup> portion du duodénum.
- 2° une branche qui se dirige en haut et à droite dans l'épaisseur du méso-côlon tranverse, envoyée au côlon par une branche ascendante, branche de bifurcation supérieure de l'artère colique gauche formant l'arc vasculaire de Treitz.

Ce type qui correspond à environ la moitié des cas est souvent en défaut. En effet la mésentérique supérieure envoie souvent deux artères, quelquefois davantage. Et il peut venir également une artère de la petite mésentérique et même deux.

Si bien que, si le type schématique comprend une seule arcade d'où partent les vaisseaux « droits comme les dents d'un peigne », le plus souvent il existe deux et trois arcades artérielles superposées.

Les veines ne sont satellites des artères qu'au voisinage de l'intestin. Elles comportent deux troncs :

a) celles de droite se fusionnent avec les veines coliques droites, les gastro-épiploïques droites et les pancréatico-duodénales, pour former le tronc de Henle.

b) Celles de gauche sont tributaires de la petite mésentérique.

### C. — Lymphatiques

La circulation lymphatique du côlon transverse est le dernier point anatomique sur lequel nous nous arrêtons.

Il est intéressant de noter les travaux de Jamieson, Dobson et de Clogg. Mais cette circulation a été surtout précisée, voilà une quinzaine d'années, par Pierre Descomps et Turnesco.

Tout d'abord en règle générale signalons que :

1° Les vaisseaux lymphatiques sont plus nombreux à droite qu'à gauche;

2° Presque toujours les lymphatiques suivent les artères.

Cette règle subit cependant une exception dans la partie gauche avasculaire du mésocôlon transverse.

On trouve un premier barrage constitué par de petits ganglions plaqués sur l'intestin. C'est le groupe ganglionnaire épicolique que l'on enlève automatiquement en même temps que le segment intestinal correspondant.

Mais le premier relais important est constitué par les ganglions paracoliques, plus volumineux que les premiers et qui s'échelonnent le long de l'arcade de Riolan.

Ils sont drainés par des lymphatiques collecteurs qui suivent l'artère colique moyenne et qui présentent généralement un ganglion — rarement plusieurs — intermédiaire. Les derniers relais, qui ne font jamais défaut, constituent la deuxième barrière ganglionnaire.

Enfin il existe des confluent régionaux qui sont composés de deux groupes ganglionnaires principaux :

1° L'un situé devant la tête du pancréas, au-dessus de la troisième portion du duodénum, contre le pédicule mésentérique supérieur;

2° l'autre situé derrière le corps du pancréas, le long de la veine mésentérique, dans l'angle de réunion du tronc commun mésentérico-splénique avec la mésentérique supérieure.

Au premier vont les lymphatiques qui drainent les 3/5 droits du transverse.

Au deuxième ceux qui correspondent aux 2/5 gauche.

Au delà enfin, ce sont les ganglions latéro et pré-aortiques.

D'où une conclusion opératoire s'impose :

*Les exérèses des 3/5 droits du côlon transverse avec leurs pédicules lympho-ganglionnaires peuvent s'arrêter à la face antérieure du pancréas.*

*On devra, au contraire, tenter d'atteindre les ganglions rétro-pancréatiques dans les cancers des 2/5 gauches.*

## SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique des cancers du côlon transverse diffère un peu, selon Raiford, de Baltimore, de celui des autres portions du côlon. En effet par ses rapports intimes avec l'estomac, le duodénum et la vésicule, le cancer du côlon transverse prend une allure clinique un peu spéciale. Par les tractions que provoque le poids de la tumeur, par les réflexes qu'elle fait naître ou par les compressions que déterminent ses adhérences le néoplasme emprunte fréquemment les caractères des affections de l'abdomen supérieur et plus précocement que dans les autres localisations il simule les affections de l'estomac et de la vésicule.

Rankin, de Rochester, distingue deux portions.

1° A droite, une forme dyspeptique habituellement prise pour une appendicite chronique ou pour de l'entérite avec modifications du fonctionnement de l'intestin, diarrhée muqueuse, alternatives de diarrhée et de constipation. Quand ces troubles durent plus d'un mois et s'accompagnent de sensibilité de la région cæcale, il est nécessaire de faire pratiquer un examen radiographique.

2° Au contraire, les cancers de la moitié gauche se caractérisent surtout par des signes d'occlusion aiguë ou chronique.

Cette division ne répond pas à la réalité. Le cancer du transverse, quel que soit son siège, se présente sous différents aspects; on distingue :

1° Les aspects où on ne trouve que des manifestations générales ou fonctionnelles sans tumeur ;

2° Les aspects où existe une tumeur perceptible;

3° Les aspects trompeurs faisant croire à une lésion d'un organe voisin;

4° Les aspects plus rares où la première manifestation est une complication aiguë.

1° *Manifestations fonctionnelles ou générales sans tumeur.*

C'est une forme rare. Elle est caractérisée tantôt par la présence de troubles vagues : asthénie, amaigrissement qu'un traitement symptomatique n'améliore pas. Il faut savoir que, passé la quarantaine, l'anémie, sans hémorragies visibles, est très souvent le fait d'un cancer du gros intestin et par conséquent, si tous les autres examens restent négatifs, il faudra faire un lavement opaque qui découvrira le cancer.

Mais le plus souvent les signes fonctionnels attirent l'attention sur le gros intestin : constipation, diarrhée, sang rouge ou noir dans les selles, syndrome rectal avec fausses envies, crises d'obstruction à rechutes. C'est encore l'examen qui tranchera le diagnostic.

Perrier cite le cas d'un homme âgé de 43 ans qui souffrait de diarrhées chroniques depuis 10 ans. Il était depuis 5 ans sujet à des crises passagères d'occlusion

parfois suivies de vomissements. Puis il se mit à maigrir et eut une forte diarrhée avec melæna. Il s'agissait d'un gros néoplasme du côlon transverse.

## 2° *Il y a tumeur.*

C'est le cas le plus fréquent. Cette forme tumorale est une forme latente dans laquelle la tumeur est fréquemment découverte accidentellement au cours d'un examen complet sans avoir jusque là manifesté sa présence.

En général cependant la tumeur est accompagnée par des troubles généraux ou fonctionnels assez significatifs. Cette tumeur siège le plus souvent dans la région para-ombilicale. *Mais il n'est pas rare que ce siège soit très anormal causant ainsi de fréquentes erreurs de diagnostic.* On a pu la voir dans la fosse iliaque droite, dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du pubis.

Le volume de la tumeur est souvent trompeur. En effet, bien que variant entre la grosseur du poing à celle de la tête d'un enfant, elle apparaît souvent plus grosse à cause de l'accumulation des matières au-dessus de la sténose.

*La tumeur, souvent très dure, régulière, bien limitée, allongée transversalement, est mobile, ce qui constitue un élément important de diagnostic*

## 3° *Les aspects trompeurs.*

*Le cancer du côlon transverse se manifeste souvent par des signes d'emprunt, faisant croire à une lésion*

*d'organe voisin.* Il se présente surtout sous la forme gastrique et sous la forme biliaire.

La *forme gastrique* est assez fréquente. Gutmann dit que le diagnostic de néoplasme de l'estomac peut être particulièrement difficile avec celui du côlon transverse qui peut d'ailleurs adhérer à l'estomac. Il s'agit de malades qui se plaignent d'indigestions, de vomissements, de douleurs épigastriques avec ballonnement, digestions pénibles, haleine fétide. Il existe le plus souvent de l'anachlorhydrie. Cependant, les examens radiologiques sont négatifs. Mais il arrive que la radiographie révèle une image lacunaire due à la tumeur qui appuie sur l'estomac, et on conclut à un cancer de la grande courbure.

La *forme biliaire* se voit dans les cas de cancer de la portion droite du transverse. L'intensité et l'irradiation des douleurs, de la diarrhée, le subictère, la perception de la tumeur dans la région vésiculaire font souvent penser à une cholécystite lithiasique.

A côté de ces formes principales, signalons que le cancer du côlon transverse a pu faire poser le diagnostic de kyste du mésentère, de cancer du pylore, de gros rein, de grosse rate.

#### 4° *Les aspects révélés par une complication aiguë*

Le premier signe peut être *l'occlusion aiguë* précédée ou non d'obstruction chronique. Dans ce cas, le ballonnement, généralement central et péri-ombilical, est considérable. Les vomissements sont abondants et l'état général très atteint.

L'*abcès péri-néoplasique* peut être également le signe révélateur du cancer du transverse. Il est parfois traité au début, comme un abcès chaud banal. Fréquemment, l'abcès coïncide avec l'occlusion.

## ETUDE RADIOLOGIQUE

Plusieurs fois, au cours de ce travail, nous avons mis en relief l'importance de la radioscopie et de la radiographie pour le diagnostic de cancer du côlon transverse. Cet examen est indispensable. De plus, il faut savoir renouveler les explorations radiologiques lorsqu'un premier examen a été négatif ou lorsqu'on a besoin de vérifier une image suspecte.

*L'intestin réclame l'exploration radiologique au même titre que le poumon.*

On peut pratiquer un examen du malade soit au moyen d'une ingestion orale de baryte, soit par lavement opaque. Cette deuxième méthode est de beaucoup la plus employée. En effet, l'examen par voie buccale ne donne que des résultats imprécis car le côlon ne se remplit que de façon segmentaire. Aussi a-t-on recours, le plus souvent, au lavement opaque.

On doit commencer par vider le contenu intestinal par purges et lavements évacuateurs pour éviter les erreurs dues au contenu intestinal. On mettra également le malade, pendant quelques jours, à un régime alimentaire qui laisse peu de déchets.

Le lavement opaque doit être donné de façon très lente et progressive. Il faut s'arrêter si le patient se

plaint d'une vive douleur qui signe un obstacle momentané ou définitif.

En tout cas, le lavement sera donné sous le contrôle de l'écran qui permet de constater les spasmes, les altérations localisées du contour, le ralentissement de la progression du liquide opaque. Pendant tout ce temps, on étudiera la sensibilité et on prendra des clichés si on le juge nécessaire.

Le lavement peut s'arrêter sur un spasme invincible et provoquer en ce point une douleur vive. A cet endroit, la colonne peut dessiner un entonnoir ou une ligne irrégulière, qui signe le cancer. Mais, le plus souvent, il faudra écarter le diagnostic de bride, de compression par tumeur ne siégeant pas sur l'intestin; en un mot, il faudra faire le diagnostic causal qui n'est pas toujours facile.

C'est souvent après l'évacuation spontanée en lumière collabée et après insufflation que vont se dessiner les images typiques du gros intestin. Ces images sont celles que donnent l'insufflation, le bourgeonnement, les ulcérations.

a) L'infiltration est signée, après insufflation, par une rigidité, une diminution ou un manque de l'élasticité et de l'expansibilité du côlon. Si la muqueuse est infiltrée, les plis sont rigides et désorientés.

b) Les bourgeons ou lacunes apparaissent sous forme d'encoche irrégulière et bosselée, claire sur l'ombre, par ailleurs normale, de l'intestin. Il s'agit soit d'une lacune totale, soit d'une lacune latérale. Très souvent, il faut un examen très attentif pour déceler

une image lacunaire parfois extrêmement petite. Après insufflation, on voit apparaître une fine courbe opaque qui moule la lésion.

c) Les ulcérations sont traduites par des images crateriformes que la lumière collabée dessine plus nettement.

Nous tenons à insister particulièrement sur les fausses images lacunaires gastriques dues aux compressions directes par le cancer du côlon transverse. Si l'on s'en tient à un simple examen baryté, on peut voir au niveau de la grande courbure, une volumineuse encoche, pouvant faire penser à un néoplasme pariétal gastrique.

C'est souvent la mobilisation, sous écran, du transverse qui permet de dissocier les deux viscères, mais surtout le lavement opaque qui fixera sur le siège exact de la tumeur.

Il est souvent nécessaire d'employer les incidences obliques en particulier pour l'étude des angles.

*Le diagnostic précoce de cancer du transverse, qui est la condition essentielle pour la réussite de la thérapeutique, ne pourra être fait que grâce à une recherche minutieuse et patiente de ces signes radiologiques, à la prise de nombreux clichés, à des examens radiologiques successifs.*

## METHODES OPERATOIRES

### A. — Généralités

La thérapeutique des cancers du côlon transverse présente des difficultés telles que, jusqu'à ce jour, l'accord est loin d'être unanime sur la meilleure technique d'exérèse.

Ce problème thérapeutique est simple dans le cancer de la partie droite du transverse. L'hémi-colectomie droite, en deux temps, avec résection assez étendue du côlon moyen est le procédé de choix. J. Gosset en a exposé les principes, en a réglé la technique et en a montré les avantages indiscutables. Tout le monde est d'accord sur ce point.

Mais pour l'anse mobile du côlon transverse, *qui fait plus particulièrement l'objet de notre étude*, il ne s'est trouvé encore aucun chirurgien qui ait pu codifier les détails d'une intervention admise par tous.

Sur un seul point tout le monde s'est trouvé d'accord : c'est qu'aucune intervention chirurgicale, ayant pour but d'enlever un segment colique, ne devra être faite lorsque le malade se trouve en état d'occlusion, fut-elle même peu marquée.

Il est, en effet, prouvé que sous l'influence de l'oc-

clusion, d'une part la virulence de la flore intestinale du gros intestin, notable déjà à l'état normal, est exaltée et que, d'autre part, la paroi colique distendue par l'occlusion, amincie et pauvrement vascularisée se prête très mal aux sutures.

D'ailleurs, même en temps normal, de par son anatomie, le côlon transverse se prête mal aux sutures; en effet le transverse est très mal péritonisé; il présente une large face mésentérique dépourvue de péritoine. Chez les sujets gras le grand épiploon vient encore compliquer la situation. Et après l'opération les gaz viennent soumettre la suture à une rude épreuve.

Donc il ne faut pas, à ces difficultés naturelles, ajouter les difficultés dues à des modifications pathologiques des bouts intestinaux à anastomoser : œdème des parois, infiltration inflammatoire du méso, rétraction du bout inférieur. Il faudra donc toujours, en cas d'occlusion, même subaiguë, se contenter de faire cesser cette occlusion et pour cela obtenir la dérivation du contenu intestinal à l'extérieur par un anus artificiel de siège variable suivant les cas, ou à l'intérieur par une iléocolostomie préalable.

Cette dernière méthode compte Alessandri parmi ses défenseurs; il a eu peu d'imitateurs.

La majorité des suffrages vont à la cœcostomie large qui trouve son application, non seulement dans les occlusions confirmées aiguës ou chroniques, mais également dans la simple rétention avec distension en amont de l'obstacle. Elle met l'intestin au repos et soulage les sutures.

Quant à l'étendue de l'exérèse tous s'accordent à passer au large de la tumeur : à deux travers de doigt de chaque côté de la zone saine, davantage pour quelques autres.

## **B. — Critique des différentes méthodes d'exérèse**

### **1° COLECTOMIE SUBTOTALE.**

Okinczyc, P. Duval et Pauchet assimilent le cancer du transverse au cancer du côlon droit et de ce fait préconisent la colectomie subtotala. Certes c'est une opération bien réglée et élégante. Elle écarte les anus contre nature toujours pénibles pour le malade. Mais, selon Yovanovitch, ce sont de petits avantages qui ne compensent pas, de loin, la haute gravité de cette intervention qui ajoute une colectomie droite inutile. De plus, l'anastomose iléo-colique présente peu de sécurité, car l'iléon tire et l'angle gauche et le côlon descendant sont peu vascularisés. La dilatation et le péristaltisme douloureux sont presque constants au niveau de l'iléon terminal.

Donc c'est une intervention à réserver pour les cas de cancer du segment droit, à méso court, du côlon transverse.

### **2° COLECTOMIE SEGMENTAIRE AVEC SUTURE IMMÉDIATE.**

C'est la méthode de Reybard qui mérite la première place tant par sa simplicité que par son ancienneté. C'est évidemment la colectomie idéale, mais qui né-

cessite pour réussir un ensemble de conditions que nous pouvons résumer :

a) absence d'occlusion (condition *sine qua non* qui exige :)

b) Un diagnostic précoce;

c) Une mobilité suffisante du méso qui permette de sortir du ventre la zone à réséquer.

Aussi a-t-on reproché à cette méthode la rareté des conditions qui la rendent possible. Mais quand grâce aux moyens d'investigation sans cesse en voie de perfectionnement on fera le diagnostic précoce du cancer du transverse, elle verra ses indications plus nombreuses.

La critique la plus difficile à réfuter est l'insuffisance des sutures de l'entérorraphie.

### 3° COLECTOMIE SEGMENTAIRE AVEC SUTURE SOUS DÉRIVATION.

C'est l'opération de Jaboulay. Elle a pour but de permettre la colorrhaphie immédiate sous la protection d'un anus cæcal. Mais si cette fistule est suffisante contre une occlusion, elle ne draine cependant qu'une partie des matières. Elle ne réalise donc pas une exclusion totale. La suture court presque autant de risques que dans la colectomie idéale.

### 4° COLECTOMIE SEGMENTAIRE APRÈS EXTÉRIORISATION.

C'est l'opération de Bloch-Mikulicz. Cette extériorisation a pour but de protéger le péritoine contre

l'écoulement des matières. Or une bonne suture du côlon à la paroi donne autant de sécurité. D'autre part la rétraction du côlon expose à des résections incomplètes surtout le méso. L'intestin peut s'ulcérer au contact de la paroi. Mal irriguée l'anse extériorisée peut se sphacéler.

5° COLECTOMIE SEGMENTAIRE AVEC ANUS IN SITU  
IMMÉDIAT.

C'est l'opération de Bouilly-Volkman. Elle consiste à aboucher à la peau les deux bouts de l'anse réséquée en les adossant l'un à l'autre et en soutenant leur tranche postérieure. Cette opération est impossible en cas de côlon court. Elle est insuffisante quant à l'exérèse ganglionnaire. Elle est dangereuse à cause de l'infection et il y a désunion fréquente de la plaie pariétale et propagation de l'infection de la superficie vers la profondeur.

## OPERATION DE RICHARD

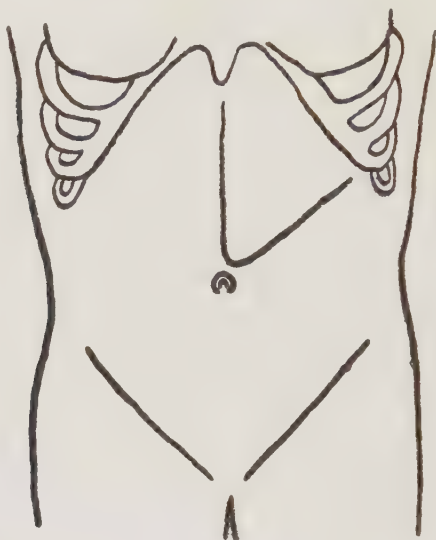
Toutes les techniques que nous venons d'étudier sont consacrées à l'exérèse d'un segment de côlon transverse sur lequel siège la tumeur. Or, la chirurgie du cancer en général est encore dominée par ce principe que l'opération doit viser l'ablation de la tumeur et au moins autant celle du drainage lymphatique. « Il ne semble pas que l'on soit à la veille d'abandonner cette règle dans l'état actuel de la science ». (Lorin).

Il est certain que, d'après leur siège anatomique, les ganglions du côlon transverse ne sont pas d'un abord facile. Aussi nous ne croyons pas que leur exérèse ait été souvent tentée. Il n'y a guère, à ce sujet, qu'une observation de Basset relatée par P. Duval.

C'est pourtant ce que s'était proposé, dès 1926, A. Richard, qui en a réglé la technique dans un très intéressant article publié dans le « Journal de Chirurgie ». Cette méthode, comme nous l'avons dit au début de cet ouvrage, que Richard avait pratiquée à cette époque seulement sur le cadavre, a été reprise par Pierre Vialle qui, dans les quatre cas que nous rapportons, a obtenu trois fois un résultat pleinement satisfaisant.

En quoi consiste cette méthode particulière ? Richard en précise ainsi le détail :

Les incisions sont, en grande partie, question de préférence personnelle. Cependant, la voie d'accès doit être large. Pour cela, on pratique une incision verticale, médiane, sus-ombilicale, et on complète par une autre incision obliquement ascendante gauche et atteignant, au maximum, le rebord costal. Cette incision donne un jour suffisant et de plus ménage les filets nerveux du grand droit.



De part et d'autre de la tumeur, on procède au décollement colo-épiploïque. Pour cette opération préférer la pointe du bistouri à la compresse pour ne pas malaxer la tumeur. Puis on effondre le feuillet postérieur ou direct de l'épiploon pour pénétrer dans l'arrière-cavité.

Après ligature des artères gastro-épiploïques droite

et gauche, aussi loin que l'on veut, le long de la grande courbure, on sectionne le grand épiploon le long de cette grande courbure, entraînant ainsi l'arcade artérielle et les ganglions lymphatiques qui l'accompagnent. On enlève ainsi un large volet épiploïque en aval et en amont de la tumeur, volet qui demeure seulement adhérent au segment du côlon transverse sacrifié.

Tout au moins cette première partie de technique est-elle nécessaire lorsqu'il existe une infiltration ganglionnaire de la chaîne gastro-épiploïque ou lorsque l'épiploon adhère largement et fortement à la tumeur. Par contre, dans un cas de tumeur précocement opérée, on trouve un épiploon non adhérent à la tumeur, ni infiltré, ni rétracté ; on se contente d'un décollement colo-épiploïque, toujours à la pointe du bistouri.

L'épiploon réséqué ou rabattu vers le haut de l'estomac, on voit largement sur toute la face supérieure du mésocôlon transverse sur laquelle il est facile de repérer les arcades vasculaires, de voir et de sentir les ganglions qui peuvent s'y trouver.

Puis quand on a délimité le segment intestinal à enlever on lie l'arcade marginale et les arcades intermédiaires qui occupent l'épaisseur du méso et on incise, immédiatement en arrière de l'arcade juxta-colique, le feuillet supérieur du mésocôlon transverse.

Si le méso se trouvait très infiltré, cette incision se ferait à deux travers de doigt du pancréas.

L'ouverture du méso-côlon transverse a pour but

de pouvoir trouver un plan de clivage qui mènera au bord inférieur du pancréas permettant ainsi de poursuivre les pédicules vasculaires et lympho-ganglionnaires aussi loin que possible vers la paroi postérieure.

« Saisissant la lèvre postérieure de l'incision à ses deux extrémités avec des pinces en cœur ou à cadre, « on disséquera progressivement, soit à la compresse, « soit avec les pointes fermées de ciseaux mousses, « le feuillet supérieur jusqu'à la paroi postérieure. On « arrive ainsi au bord inférieur du pancréas. » (RICHARD.)

Une valve plate assez large étant passée sous le bord inférieur du pancréas, le récline vers le haut et découvre ainsi le pôle inférieur du rein gauche et immédiatement en dedans de lui la crosse de la veine mésentérique inférieure, que l'on pourra suivre et disséquer en déplaçant la valve du pancréas vers la droite, jusqu'au bord gauche de la veine mésentérique supérieure, c'est-à-dire à l'angle d'union du tronc splénico-mésentérique inférieur avec le tronc mésentérique supérieur constituant la veine porte.

Chemin faisant on a pu enlever les ganglions étagés sur la mésentérique inférieure et on peut, enfin, vers la droite, enlever le carrefour lymphatique situé dans l'angle de réunion des branches d'origine de la veine porte et au-dessus de l'artère grande mésentérique ayant ainsi réalisé l'exérèse de tout le pédicule lympho-ganglionnaire dans ses portions pré, sous et rétro-pancréatiques.

Cette exérèse ganglionnaire terminée, on pratiquera une colectomie segmentaire avec colorrhaphie immédiate accompagnée ou non de cœcostomie.

Cette méthode a trouvé des détracteurs.

Certains pensent, avec YOVANOVITCH, que cette chasse aux ganglions, très louable, aggrave considérablement l'opération et est parfaitement inutile et dangereuse. Elle entraîne à des ligatures au ras de l'artère mésentérique dans le voisinage dangereux de la grosse veine satellite.

D'ailleurs cette question des ganglions donne lieu aux affirmations les plus contradictoires, Gibbon soutient que se prenant très tard, l'envahissement ganglionnaire n'est pas une cause de récurrence. Il est en plein accord avec Schmieden qui considère également cet envahissement comme lent. Mais à l'opposé, W.-J. Mayo, Pierre Duval, Okinczyc, Cunéo, pensent que le petit nombre de survies à longue échéance des opérés du côlon transverse est dû à l'insuffisance de l'exérèse ganglionnaire.

Les adénopathies ont d'ailleurs été très bien étudiées par Clogg, qui a noté que, sur 45 cas, il y avait 31 fois métastases cancéreuses aux ganglions. Cette seule étude suffit à inciter à une exérèse aussi large que possible dès qu'on trouve des ganglions.

Cette opération nécessite pour son exécution, un méso long, une anse mobile. Mais précisément le côlon transverse présente ces caractères anatomiques dans ses 3/4 gauches et c'est uniquement pour la partie gauche tributaire des ganglions rétro-pancréa-

tiques qu'elle nous semble intéressante, car la portion droite n'a pas de lymphatiques à destination rétro-pancréatique.

La suture immédiate a fait également l'objet de discussions qui sont peut être les plus valables.

Richard conseille d'adopter la méthode de Robineau :

- suture isolée du plan muqueux,
- puis des plans musculaires et séreux,
- enfin fixer au bord inférieur et à la face postérieure du côlon transverse les deux lambeaux solidarisés du grand épiploon.

Dans les observations que nous rapportons, la tactique opératoire fut sensiblement identique à la méthode de Richard.

Cependant nous croyons utile de discerner les deux temps opératoires suivants :

1° L'ablation.

2° La restauration de la continuité.

Pour le premier stade, nous avons toujours opéré suivant le procédé de Richard.

Pour le second, nous avons suivi les conseils de M. Toupet. Ceux-ci consistent, pour éviter la formation de bourses serrées (dans le cas de termino-terminale), dans la pose de points de bâti qui permettent ainsi de conserver à la lumière intestinale son calibre nécessaire.

D'autre part, c'est toujours à des fils non résorbables, ainsi que le pratique le professeur Gosset, que nous avons effectué nos sutures.

Il semble bien que ces sutures, tiraillées ou distendues par la réplétion de l'estomac, doivent être consolidées par la présence de ces fils de soutien.

Enfin, nous croyons devoir insister sur le danger du drainage. Nous ne voulons pas, naturellement, parler des cas où l'infection du champ opératoire rend indiscutable la nécessité d'un drainage. Mais il est de nombreuses observations où c'est la crainte de la purulence qui pousse le chirurgien à prendre cette précaution qui satisfait l'esprit.

Dans ces cas, la présence d'un corps étranger nous a toujours paru comme responsable de l'apparition de fistules post-opératoires.

## OBSERVATIONS

I. — Mme P..., Tours, 45 ans, malade du Docteur GAUDEAU de Tours, vient consulter pour tuméfaction sous-costale gauche, en juillet 1935.

— Tuméfaction mobile de la grosseur d'une noix facilement perceptible sous une paroi maigre.

— Aucun trouble du transit, aucun trouble de l'état général.

La malade refuse l'examen radioscopique et toute intervention.

Revue trois mois après, la tumeur a triplé de volume et des signes de sténose apparaissent progressivement.

Sa radio, acceptée cette fois, montre une image en barillet typique. L'opération est fixée pour la semaine suivante.

INTERVENTION. — Schleich; opérateur : Dr Pierre Vialle.

Laparotomie médiane, avec incision latérale complémentaire. Immédiatement on voit, dans le grand épiploon, une tumeur grosse comme une orange. On extériorise le côlon transverse et l'on voit la disposition suivante :

Existence de deux tumeurs, l'une dans le transverse donnant à celui-ci, au niveau de sa moitié gau-

che, une forme de diabolo, resserré en son milieu par la tumeur ; l'autre, dans le mésotransverse, correspond à un volumineux ganglion hypertrophié.

Le transverse est facilement extériorisé ; — méso long — pas d'adhérences à l'estomac.

On pratique l'opération de Richard et l'anastomose est faite, suivant le mode termino-terminal, à la Robineau, sans difficultés, les segments étant de même calibre.

— Réunion sans drainage.

COUPE ANATOMO-PATHOLOGIQUE : Squirrhe en virole du côlon transverse, ganglion envahi.

RÉSULTATS IMMÉDIATS : Très simples ; 20 jours de clinique, réalimentation rapide ; — transit radioscopique sans rétrécissement ; — état général très amélioré ; — appétit et prise de poids.

RÉSULTATS LOINTAINS : Malade revue récemment. Amélioration complète.

AU TOTAL : *Cancer du côlon transverse ; résection et suture termino-terminale à la Robineau en un seul temps. Survie trois ans, et aucun signe actuel ne peut faire craindre l'apparition de proches complications.*

II. — Mme C... (Chinon), 55 ans.

Signes cliniques typiques de cancer du côlon transverse. Gêne du transit ; amaigrissement et signes radioscopiques des plus nets. On décide l'opération.

INTERVENTION. — Le 22 février 1938, faite par le Docteur Pierre Vialle, Schleich. Laparotomie médiane. Mise à jour d'un néo du côlon transverse à sa partie moyenne. Gros comme une noix et rétractant en bourse l'intestin.

— Résection de la tumeur type Richard.

Robineau pour termino-terminale.

EXAMEN HISTO-PATHOLOGIQUE : Epithelioma cylindrique colloïde.

RÉSULTATS IMMÉDIATS : Très bons. Transit radiologique normal.

RÉSULTATS LOINTAINS : Satisfaisants.

AU TOTAL : *Cancer de la partie moyenne du côlon transverse. Résection en un seul temps. Survie : un an. Etat de santé actuel parfait.*

III. — M. T... (Chinon), 57 ans.

Cliniquement diagnostic très difficile entre tumeur de la grande courbure de l'estomac ou du côlon transverse. Très mauvais état général, gros signes de difficultés du transit.

INTERVENTION : Pratiquée le 7 juin 1938, par le Dr Pierre Vialle, Schleich. Laparotomie médiane. Adhérences très serrées de la grande courbure au transverse. On dissocie et c'est le transverse qui se révèle porteur d'un cancer très sténosant de la partie gauche.

Grosses difficultés de section car les parois sont très infiltrées et le méso-côlon transverse est court et ratatiné.

On pratique l'opération de Richard suivie d'une anastomose au bouton pour gagner du temps.

Réunion sans drainage.

EXAMEN HISTO-PATHOLOGIQUE : Carcinome solide.

RÉSULTATS IMMÉDIATS : Difficiles. Un mois de clinique. Réalimentation prudente, mais cependant dou-

loureuse. L'examen radioscopique montre un passage étroit. Le malade part très amélioré. Le bouton est éliminé deux semaines après l'opération.

RÉSULTATS LOINTAINS : 6 mois après, l'état général est amélioré. Mais grosses difficultés de l'alimentation solide car le volume de l'anastomose est certainement trop restreint. Peut-être faudra-t-il réintervenir.

AU TOTAL : *Cancer du transverse réséqué en un temps par le procédé de Richard. Réunion par bouton métallique. Survie : 10 mois, mais difficultés actuelles du transit à travers l'anastomose.*

#### IV. — M. M..., 60 ans.

Signes cliniques typiques du cancer du côlon transverse et volumineuse tumeur palpable.

INTERVENTION : Schleich. Pratiquée par le Dr Pierre Vialle, en mars 1936.

Laparotomie médiane avec incision transversale droite. Volumineux cancer de la partie droite du transverse. Extirpation suivant le procédé de Richard, mais impossibilité de suture termino-terminale. On fait une latéro-latérale.

Réunion un drain.

EXAMEN HISTO-PATHOLOGIQUE : Epithélioma colloïde.

RÉSULTATS IMMÉDIATS : Hématome de la paroi. Infection qui diminue progressivement.

Transit radiologique ralenti.

RÉSULTATS LOINTAINS : *Mort en février 1938 par récurrence locale. Signes d'obstruction progressive et occlusion terminale s'accompagnant d'atteinte marquée de l'état général.*

### Conclusions

Nous présentons quatre cas de cancer du côlon transverse. Tous les quatre réséqués par le procédé de Richard en un seul temps :

- Deux sutures termino-terminales,  
3 ans et 1 an de survie. Malades en bonne santé actuelle.
- Une suture latéro-latérale : 2 ans de survie. Mort par récidence.
- Une anastomose par bouton,  
10 mois de survie, mais gêne actuelle du transit.

De ces observations, il semble que l'on puisse insister sur le résultat imparfait que donne les sutures au bouton sur le résultat lointain, très satisfaisant, offert par l'ablation totale du méso et des ganglions par l'opération de Richard.

Si les résultats lointains, que nous avons obtenus, paraissent satisfaisants, puisqu'ils donnent trois survies sur quatre opérés, nous devons signaler que cette méthode n'a été pratiquée qu'à bon escient.

Il n'y a que ces quatre ablations qui aient été effectuées sur 14 cas de cancer du transverse. Pour les dix autres, on s'est contenté d'une dérivation.

D'ailleurs cette modeste série ne permet pas de tirer des conclusions fermes. Elle n'a été publiée qu'à titre documentaire pour montrer la possibilité de l'opération de Richard.

## CONCLUSIONS

La fréquence du cancer du côlon transverse est plus grande que ne l'indiquent les rapports classiques.

Le nombre restreint de nos observations ne permet pas d'apporter sur le sexe, l'âge et l'hérédité, aucune notion nouvelle.

L'anse du transverse est une anse essentiellement chirurgicale puisqu'elle offre à l'opérateur cette condition sine qua non réclamée par lui dans toute intervention sur l'intestin : *la mobilité*.

La condition première pour obtenir par ce procédé, de bons résultats, c'est de ne la pratiquer que lorsque l'anse pourra être extériorisée facilement. *La loi de la colectomie hors de la cavité péritonéale est ici plus intransigeante qu'ailleurs.*

Éliminer les cas de malades opérés en période de complications ou ceux pour lesquels l'inopérabilité, de quelque cause qu'elle fût, a fait borner l'acte chirurgical à une laparotomie exploratrice ou à un anus cæcal ou à une dérivation iléo-colique.

Retentissement radiologique fréquent des tumeurs du côlon transverse sur l'estomac. Ces tumeurs entraînent parfois, au niveau de la grande courbure, de fausses images lacunaires par compression directe.

Tout mettre en œuvre pour éviter de terminer par une suture en bouton. A ce niveau du transit intestinal le passage des matières solides est imparfaitement assuré et les suites opératoires sont accompagnées d'incidents fonctionnels qui peuvent aller jusqu'à l'obstruction.

Préférer pour la réunion des deux segments intestinaux, la méthode de Robineau pour assurer une parfaite étanchéité des sutures. Il nous paraît, de plus, absolument nécessaire pour éviter le rétrécissement de la suture de placer des points de bâti avant d'attaquer la pose des surjets.

Suivant la localisation de la tumeur, grâce à la radiographie, on choisira la ligne d'incision, mais dans la mesure du possible, on évitera les incisions latérales et les contre-incisions passant en plein muscle.

Souvent une incision médiane (tranchant le nœud ombilical pour permettre d'ouvrir la charnière) et fortement latéralisée par un deuxième aide, offrira suffisamment de jour à l'opérateur et assurera une réparation pariétale parfaite.

*Il est d'ailleurs toujours temps, au cours de l'exérèse, de modifier l'incision première en la complé-*

*tant par une deuxième incision qui se branchera sur elle. Mais en principe, rester aussi simple et peu mutilant que possible.*

Au point de vue de la technique, il nous semble que l'emploi de lin ou de la soie, l'épiplooplastie surajoutée et l'absence de drainage, si elle est possible sans trop de risques, sont des causes adjuvantes du succès opératoire et évitent l'apparition de fistules post-opératoires.

La réalisation de cette exérèse en un temps avec rétablissement immédiat du transit intestinal est liée au diagnostic précoce du côlon transverse. Elle n'est recommandable que dans les cas où la tumeur est mobile, donc en principe récente. D'où l'importance de l'examen radiologique précoce.

*Vu :*

LE DOYEN :  
TIFFENEAU.

*Vu :*

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :  
GOSSET.

*Vu et permis d'imprimer :*

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
ROUSSY.



## BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Technique de l'extirpation des tumeurs du gros intestin, rectum excepté. (*XXXI<sup>e</sup> Congrès français de Chirurgie*, octobre 1922, p. 283).
- BACK et EDWARDS. — Un cas de carcinome du côlon transverse avec invagination. (*The Lancet*, 6 décembre 1919).
- BAZY. — Cancer du côlon transverse; extirpation; guérison en 4 séances opératoires. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1906, p. 1029).
- BELOT et NAHAN. — Cancer sténosant du côlon transverse. (*La Presse médicale*, n<sup>o</sup> 7, 22 janvier 1938).
- BENSAUDE et GUÉNAUD. — Le radiodiagnostic du cancer du gros intestin. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1917).
- BERTRAND Pierre. — Etude sur le cancer du côlon transverse et de ses angles (*Th. de Lyon*, 1925-1926).
- BILTON POLLARD. — Le cancer du côlon et son traitement par la colectomie (*The British medical Journal*, 28 janvier 1904, p. 175).
- BONNEY. — 5 cas de tumeurs du gros intestin simulant les affections de l'utérus ou des connexes. (*The Lancet*, t. II, n<sup>o</sup> 7, 11 août 1909, p. 525).

- BOUSQUET et GOUILHA- HOURI. — Cancer du côlon transverse. Résection de la tumeur en deux temps (*La Tunisie médicale*, mai 1936).
- BOVIS (De). — Le cancer du gros intestin. (*Revue de Chirurgie*, 1900, t. I, p. 673; t. II p. 49, 201, 520, 677, 773).
- BRISSET. — Cancer du côlon transverse. (*Deut. Zeit. für Chir.*, 1923).
- BUY. — Anatomie du côlon transverse. (*Thèse de Toulouse*, 1901).
- CABOT. — Colloïd adeno-carcinoma of transverse colon. (*New-England J. Med.*, 22 nov. 1934).
- CADE et MILHAUD. — Les formes larvées du cancer du côlon transverse. (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1937).
- CAVAILLON et PERRIN. — La colectomie dans les cancers du gros intestin (*Revue de Chirurgie*, 1908, n° 6, 10 juin, p. 761 et n° 7, 10 juillet, p. 130).
- CHALIER. — Volumineux cancer du côlon transverse; large résection; abouchement des deux bouts à la peau (*Soc. de Chir. de Lyon*, 10 février 1924).
- CHARRIER et CHARBONNEL. — Cancer de l'estomac et mésocôlon transverse (*Rev. de Chirurgie*, 1927).
- CLOGG. — Etude sur 72 cas de cancer du côlon (*The Lancet*, t. II, p. 1007, 3 octobre 1908).
- COHAN. — Recherches sur la situation du côlon transverse (*Thèse de Paris*, 1898).
- COTTE. — Cancer du côlon transverse avec occlusion; extériorisation et anus. Résection secondaire et fermeture de l'anus (*Lyon Chirurgical*, nov. 1922).

- CRUET. — De la meilleure technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers coliques. (*Thèse de Paris*, 1914).
- CUNÉO. — Lymphatiques (*Anatomie de Poirier*).
- CUNÉO. — A propos du traitement du cancer du côlon transverse. (*Soc. de Chir.*, 12 avril 1926).
- DELBET Pierre. — Cancer du côlon transverse en occlusion; extériorisation, mort (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 1914).
- DELORE et DUCLOS. — Cancer du côlon transverse. (*Lyon Médical*, 1934).
- DESCOMPS et TURNESCO. — La circulation lymphatique du gros intestin. (*Revue de Chirurgie*, 1923, p. 329).
- DESMARET. — Technique de la résection de l'angle gauche du côlon pour cancer. (*Journal de Chirurgie*, 1918, n° 6, p. 575).
- DESMARET. — Importance de la vascularisation des bouts intestinaux après les gastrectomies et les colectomies (*Presse médicale*, 24 janvier 1923).
- DESMARET. — L'anus cæcal dans le cancer du côlon avec occlusion complète. (*Presse Médicale*, 3 juillet 1910, p. 436).
- DUVAL Pierre. — La colectomie totale dans les cancers du côlon. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 29 octobre 1919).
- A propos du traitement du cancer du côlon transverse. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1924, p. 489).
- DUDLEY. — Carcinome of transverse colon. (*S. Clin. North. Am.*, juin 1929).

- ERDMANN. — Cancer colloïde du côlon transverse. (*Annals of Surgery*, août 1917).
- FRANZ. — Sur la configuration des artères au voisinage du pancréas. (*Anatomischer Anzeiger*, 1896).
- GOULLIoud. — Résection simultanée de l'estomac et du côlon transverse. (*Lyon Chirurgical*, 1<sup>er</sup> mai 1913).
- Résultats éloignés, dans le cancer du côlon transverse. (*Soc. de Chir. de Paris*, 15 nov. 22).
- Entérectomie pour cancer du côlon (*Soc. de Chir. de Lyon*, 9 nov. 1922).
- GRASSO. — Chirurgie du gros intestin (*Il Policlinico*, 17 avril 1922).
- GUILLAUME Louis. — Le cancer du gros intestin. (*Arch. Médico-chirurgicales de Province*, t. VII, 4 avril 1912).
- HABERER (Von). — Sur les résections du côlon (*Arch. für Klinischen Chir.*, 1911).
- HARTERT. — Comment peut-on améliorer la résection du côlon ? (*Arch. für Klinischen Chir.*, 1922).
- JABOULAY et CAVAILLON. — La cure radicale des cancers du côlon. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 30 janvier 1908).
- KÖRTE. — Sur le traitement chirurgical des tumeurs malignes du côlon (*XVII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine de Londres*, 1913).
- LENORMANT. — Cancer du côlon transverse (*Soc. de Chir. de Paris*, 1923).
- MARTEL (De). — *Presse médicale*, 17 août 1921.
- MAUNSELL. — Of transverse colon tumor (*Dublin med. Journ.*, mai 1903).

- MAYO. — Chirurgie du gros intestin. (*Annals of Surgery*, 1909, p. 200).
- MÉNÉGAUX. — *Journ. de Chir.*, t. XLIII, n° 3, mars 1934.
- MILLER. — Cancer du côlon. (*Annals of Surgery*, 1923, p. 209).
- MOSCOVICZ. — La résection du gros intestin par la méthode de l'extériorisation. *Arch. für Klinischen Chir.* 1921, p. 260).
- MOYNIHAN. — Chirurgie du gros intestin. (*Semaine médicale*, 26 août 1908).
- OKINCZYC. — Le cancer du côlon transverse. (*Revue de technique médicale*, n° 13, oct. 1922, p. 289).
- PAUCHET. — La Pratique chirurgicale illustrée. (Doin et Cie, éditeurs, Paris).
- PERRIER. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, 20 avril 1910.
- RAIFORD. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LVI, n° 4, avril 1933, p. 820-829.
- RANKIN. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LII, n° 2, août 1931.
- RICHARD. — Les pédicules vasculaires et lympho-ganglionnaires du côlon transverse (*Ann. d'anat. path. méd. chir.*, 1926).
- Thérapeutique des cancers du côlon transverse. (*Journ. de Chirurgie*, 1926).
- SIÉGEL. — Résection du côlon transverse pour occlusion aiguë. (*Soc. Méd. de Francfort*, 7 sept. 1908).
- TIERNY. — Le cancer du côlon transverse. (*Revue de technique chirurgicale*, sept. 1932).
- VUICHOD. — Résultats éloignés des traitements opératoires du cancer du gros intestin et du rectum. (*Thèse de Lausanne*, 1913).

WALDENSTRONN. — Statistique des cas de cancers du gros intestin traités à la clinique chirurgicale de l'Hôpital des Séraphins, à Stockholm. (*Nordischer Mediz. Archiv.*, 1911, t. XVII, p. 19).

YOVANOVITCH. — Cancer du côlon transverse. Etude clinique et thérapeutique. (*Gaz. des Hôp. Civ et Milit.*, 16 et 23 avril 1938).



IMPRIMERIE SPECIALE  
DE LA LIBRAIRIE  
LOUIS ARNETTE







